

Ihre Spezialapotheke

Viele Krankenversicherungen, Ärzte und Kunden empfehlen die Dienstleistungen von MediService. Denn bei der Spezialapotheke MediService erhalten Sie Ihre Medikamente bequem, sicher und diskret nach Hause geliefert und sparen dabei Kosten.



Senden Sie Ihr/e Rezept/e zusammen mit dem ausgefüllten Gesundheitsfragebogen und der Rezeptbegleitkarte an

MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil.

Sie erhalten die Medikamente innert der von Ihnen gewählten Lieferfrist zugesandt.

Bei Fragen hilft Ihnen unser Kundendienst unter der **Gratis-Telefonnummer 0800 817 827** gerne weiter.

10PDS0016D_a

Rezeptbegleitkarte

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Sprache: D F I

- Medikamentenbestellung gemäss beiliegendem/beiliegenden Rezept(en).
- Ich möchte MediService ausprobieren und schicke Ihnen mein nächstes Rezept in voraussichtlich _____ Wochen.
- Ich benötige zuerst zusätzliche Informationen über MediService. Bitte rufen Sie mich an. Beste Zeit für einen Anruf ist _____ Uhr.

Lieferfrist: (in Werktagen nach Rezepteingang – nicht Sa/So/Feiertage)

- 4–7 Werktage 2–3 Werktage
- späterer Liefertermin: _____
Tag Monat Jahr

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
/ _____ / _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____
/ _____

Fax oder Natel _____ Geburtsdatum _____

E-Mail-Adresse _____ Falls Sie bereits Kunde von MediService sind, bitte Ihre Kunden-Nr. eintragen.

- Lieferadresse:** (falls abweichend) einmalig immer

- Ja, stellen Sie mir den MediService E-Newsletter bitte regelmässig zu.

Meine Versicherungsdaten:

(Bitte ausfüllen oder eine Kopie der Versichertenkarte beilegen)

Krankenkasse (Grundversicherung) _____ Sektion _____

Mitgliedsnummer (falls vorhanden) _____

Krankenkasse (Medikamenten-Zusatzversicherung) _____ Sektion _____

Mitgliedsnummer (falls vorhanden) _____

Gesundheitsfragebogen

Das Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens ist freiwillig. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Beschwerden?

- Schilddrüsenerkrankung Diabetes
- hoher Augendruck Herzbeschwerden
- Asthma Rheuma
- hoher Blutdruck Magen-/Darmleiden
- andere: _____

Dürfen die verschriebenen Originalpräparate durch Generika ersetzt werden?

- ja, falls pharmazeutisch sinnvoll nein

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

- Penicillin Aspirin
- Sulfonamide andere: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu jenen auf Ihrem Rezept?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Falls «ja», Erwartetes Geburtsdatum des Kindes: _____

Stillen Sie? ja nein

Ihre Körpergrösse _____ cm Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Ihr Geburtsdatum _____

Datum _____ Unterschrift _____